

## Mixoma odontogénico de larga data en el maxilar. Reporte de caso

Rosa Concepción Sánchez–Villalba 1  
 María Gisell Soler–Chaparro 2  
 José Miguel Gamarra–Insfrán 3  
 María del Carmen González–Galván 4  
 Osvaldo Vera–González 5  
 Jorge Daniel Escobar–Estigarribia 6

### *Long-Standing odontogenic myxoma of the maxilla. Case Report*

#### RESUMEN

**Introducción:** el mixoma odontogénico es una neoplasia benigna, poco frecuente, de origen mesenquimal proveniente del órgano dentario, es localmente invasivo y no hace metástasis. Su localización más frecuente es a nivel de la mandíbula y poco frecuente en el maxilar. **Objetivo:** describir las características que presenta un mixoma odontogénico de larga data en el maxilar. **Presentación del caso:** paciente de sexo masculino de 23 años de edad, soltero, de profesión comerciante, acude a la Catedra de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción por presentar una deformidad en la región facial del lado derecho, presente desde la infancia con crecimiento lento sin sintomatología dolorosa. Se realizó una biopsia incisional, tomando una muestra de más de 1 cm de la capsula tumoral para su estudio histopatológico; a partir de la cual se informa sobre un tumor odontogénico mesenquimal compatible con el mixoma odontogénico. Se realizó el tratamiento de una maxilectomía con márgenes de seguridad y el estudio anatomopatológico de todo el tumor extirpado confirmó el diagnóstico de *Mixofibroma odontogénico* de 2,5 cm de diámetro máximo. **Conclusión:** un diagnóstico precoz de tumores como los mixomas, que son de crecimiento lento e infiltrante, podría garantizar terapéuticas menos agresivas e invasivas como las del caso presentado, otorgando así mejor pronóstico como calidad de vida a los pacientes.

**Palabras clave:** biopsia; mixoma; tumor odontogénico; patología bucal; terapéutica; diagnóstico bucal.

#### ABSTRACT


**Introduction:** Odontogenic myxoma is a rare benign neoplasm of mesenchymal origin originating from the dental organ, it is locally invasive and does not metastasize. Its most frequent location is at the level of the mandible and infrequently in the maxilla. **Objective:** To describe the characteristics of a long-standing odontogenic myxoma in the maxilla. **Presentation of the case:** Male patient, 23 years of age, single, businessman, came to the Department of Oral Pathology of the Faculty of Dentistry of the National University of Asuncion for presenting a deformity in the facial region on the right side, present since childhood with slow growth and no painful symptomatology. An incisional biopsy was performed, taking a sample of more than 1cm of the tumor capsule, for histopathological study; reporting a mesenchymal odontogenic tumor compatible with odontogenic myxoma. A maxillectomy treatment with safety margins performed and the anatomopathological study of the entire excised tumor confirmed the diagnosis of odontogenic myxofibroma with a maximum diameter of 2.5 cm. **Conclusion:** An early diagnosis of tumors such as myxomas, which are slow-growing and infiltrative, could guarantee less aggressive and invasive therapies such as those in the case presented, thus providing patients with a better prognosis and quality of life.

**Key words:** Biopsy; Myxoma; Odontogenic tumor; Oral pathology; Therapeutics; Oral diagnosis.

1. Estudiante de odontología. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay.  
**Contacto:** srosa1044@gmail.com  
 <https://orcid.org/0000-0003-0751-8657>
2. Estudiante de odontología. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay.  
**Contacto:** gisellsolerchaparro@gmail.com  
 <https://orcid.org/0000-0001-5369-1587>
3. Odontólogo. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay.  
**Contacto:** josemgamarra31@gmail.com  
 <https://orcid.org/0000-0001-8125-3672>
4. Doctora en Ciencias Biomédicas. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay.  
**Contacto:** mcarmen.ggalvan@odo.una.py  
 <https://orcid.org/0000-0002-0860-3960>
5. Odontólogo. Especialista de Cirugía Maxilofacial. Instituto Nacional del Cáncer. Capiatá, Paraguay.  
**Contacto:** overagon@gmail.com  
 <https://orcid.org/0000-0003-0701-2656>
6. Odontólogo. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay.  
**Contacto:** jorgeescobar3009@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-5903-6284>

#### CITACIÓN SUGERIDA:

Sánchez–Villalba RC, Soler–Chaparro MG, Gamarra–Insfrán JM, González–Galván M del C, Vera–González O, Escobar–Estigarribia JD. Mixoma odontogénico de larga data en el maxilar. Reporte de caso clínico. *Acta Odont Col.* 2023; 13(2): 87-96. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106636>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106636>

Recibido	Aprobado
04/01/2023	21/04/2023
Publicado	
04/07/2023	



## Introducción

El mixoma odontogénico (MO) es una neoplasia benigna poco frecuente, de origen mesenquimal, proveniente del órgano dentario, asociado por lo general a un diente impactado o a partir de agenesia del órgano dentario (1–3). Esta lesión es localmente invasiva sin llegar a hacer metástasis, tiene alto potencial de destrucción ósea y capacidad de recidiva (1, 4). Existe una predilección por el sexo femenino. Su localización más frecuente es a nivel de la mandíbula y poco frecuente en el maxilar, pero cuando se presentan en este último, en la mayoría de los casos suele hacerlo en la región de premolares y molares extendiéndose hacia el seno maxilar, pudiendo causar expansión cortical, con eventual destrucción de ésta, resultando en tumefacción y deformidad facial.

El diagnóstico suele realizarse de manera tardía, entre la segunda y tercera década de vida, debido a que es una lesión poco sintomática, haciéndose evidente al haber alcanzado un gran tamaño (1). El diagnóstico presuntivo se realiza a través de exámenes radiográficos, observándose una zona radiolúcida unilocular o multilocular con un aspecto de “burbujas de jabón” o “panal de abeja”, aunque en algunos casos puede tener una apariencia radiopaca, particularmente cuando se asocia a senos maxilares. La delimitación suele ser imprecisa, pudiéndose observar en ciertas zonas trabéculas gruesas o angulares, además de provocar el desplazamiento y desvitalización de los órganos dentarios adyacentes (1, 2, 5).

En la histopatología, el MO presenta una gran cantidad sustancia mucosa intercelular compuesta por tejido conjuntivo eosinofílico laxo con varias fibras colágenas en un estroma mixoide, con células fusiformes y estrelladas de citoplasma alargado inmersas en este estroma, con o sin pequeñas masas de epitelio odontogénico inactivo (5, 6).

Con respecto a su tratamiento, la fase preoperatoria consiste en la realización de una biopsia incisional para confirmar el diagnóstico. A continuación, la fase operatoria se trata de una resección quirúrgica en bloque, con márgenes óseos de seguridad no menores a 2 mm de hueso sano, sobre todo si el tumor ha invadido planos profundos para disminuir la posibilidad de recurrencia –misma que se ha reportado hasta en un 25% de los casos–, y culmina con la reconstrucción de la zona afectada, con colocación de placas dependiendo del caso. Finalmente, en la fase postoperatoria, se realiza la rehabilitación protésica oral (5, 7).

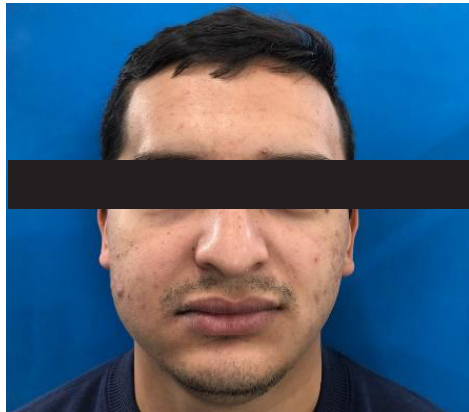
Ante los escasos reportes de caso condicionados por la baja frecuencia de los MO, resalta la necesidad del odontólogo y personal del campo médico de tener acceso a información actualizada para lograr diagnósticos precoces y tratamientos certeros. Con base en ello, este reporte pretende exponer las características de la lesión con relación a su ubicación, resaltar la importancia de la evaluación clínica e interpretación radiográfica para lograr la detección temprana de la lesión y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

## Presentación del caso

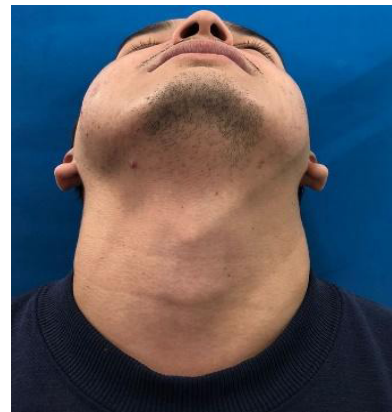
Paciente de sexo masculino, de 23 años de edad, soltero, de profesión comerciante, quien acude a la Cátedra de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción por presentar una deformidad en la región facial del lado derecho, con un diagnóstico previo de inflamación localizada por mala oclusión. Adicionalmente, no tiene antecedentes de haberse realizado ningún tipo de examen radiográfico hasta la fecha. El paciente refiere que dicha deformidad está presente desde la infancia, sin sintomatología dolorosa, percatándose durante su adolescencia el crecimiento lento del tamaño de la lesión. Durante la realización de la historia clínica se evidencia la ausencia de antecedentes patológicos familiares y personales de relevancia con la lesión.

En el examen clínico extraoral se observa apertura ocular disminuida y asimetría facial, aumento de volumen en la región geniana del lado derecho, sin presentar ninguna alteración cervicofacial aparente. A la palpación se evidencia una lesión de consistencia blanda, sin crepitaciones, sin poder determinar claramente los límites (Figura 1).

Figura 1. Fotografías extraorales



A: Fotografía de frente.



B: Fotografía cervical.

Fuente: Elaboración propia.

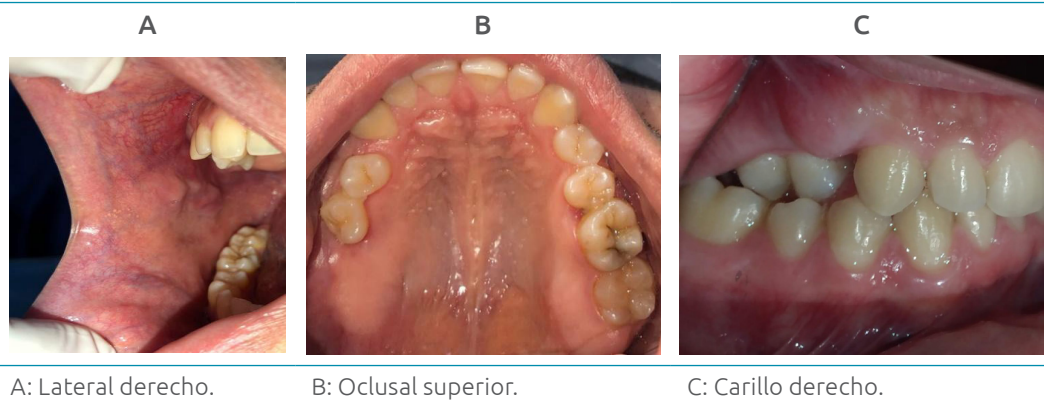
En el examen clínico intraoral se observa, en general, buen estado de salud bucal ausencia de los molares 16 y 17, palatinización de premolares 14 y 15, aumento de volumen a nivel de la tuberosidad del maxilar, con pobre demarcación del fondo de surco y de las crestas alveolares. En cuanto a la mucosa alveolar vestibular y la mucosa yugal, se evidencia una coloración rojiza en comparación con la mucosa normal (Figura 2A). Al tacto, se percibe una consistencia blanda, cartilaginosa y semimóvil (Figuras 2B y 2C).

La evaluación imagenológica revela una lesión isodensa de límites y bordes no definidos, ubicada en el maxilar superior del lado derecho que se extiende en sentido mesio distal, desde distal del premolar 15 hasta la tuberosidad maxilar del mismo lado, condicionando

el borramiento de sus corticales. Así también en sentido céfalo caudal, desde el reborde alveolar hasta el piso del seno maxilar adyacente, con el consecuente desplazamiento cefálico de su cortical basal, se evidencia la impactación y desplazamiento cefálico de los molares 16 y 17 (Figura 3).

En la fase preoperatoria se realiza punción y aspiración en la zona de la neoformación, arrojando una aspiración negativa, confirmando así que dicha lesión se trata de una masa tumoral. Luego se opta por realizar una biopsia incisional, tomando una muestra de más de 1 cm de la cápsula tumoral. Se procesa la muestra y se deriva a la patóloga bucal para su estudio histopatológico (Figura 4).

**Figura 2.** Fotografías intraorales.



Fuente: Elaboración propia.

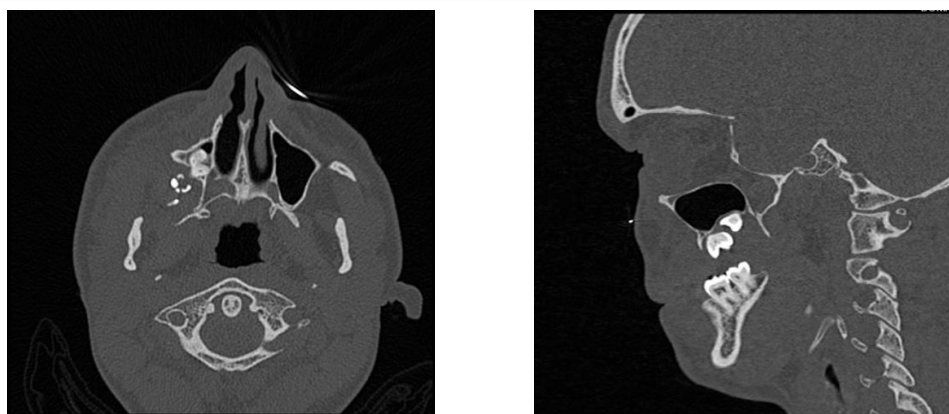
**Figura 3.** Imagen radiográfica y tomográficas.



A: Radiografía panorámica.

Fuente: Elaboración propia.

**Figura 3.** Imagen radiográfica y tomográficas.

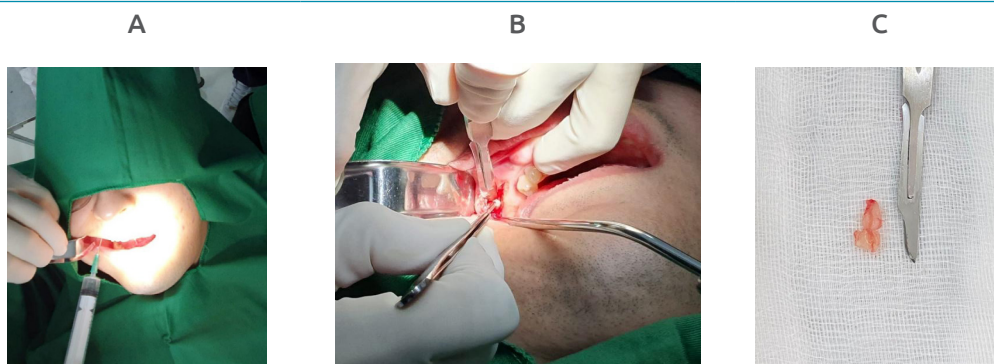


B: Tomografía corte sagital.

C: Tomografía corte axial.

Fuente: Elaboración propia.

**Figura 4.** Procedimiento quirúrgico.



A: Punción-aspiración negativa.

B: Toma de la capsula tumoral.

C: Muestra de 1cm.

Fuente: Elaboración propia.

El estudio histopatológico revela escasas células de morfología estelar o fusiforme inmersas en un estroma mixoide que se entremezclan con vasos de diferentes tamaños, características del tumor odontogénico mesenquimal (MO).

Para llevar a cabo la fase operatoria, el paciente fue remitido al Instituto Nacional del Cáncer (INCC) donde se procedió a realizar la resección quirúrgica de la lesión mediante una maxilectomía. Como se aprecia en la figura 5, se abarcó desde zona de premolares hasta la tuberosidad y el piso del seno maxilar adyacentes para asegurar la extirpación completa del tumor. El estudio anatomopatológico de la lesión extirpada confirmó el diagnóstico de Mixofibroma odontogénico de 2,5 cm de diámetro máximo, en contacto con bordes de resección superior y posterior, distando 1 mm del margen quirúrgico anterior. Seguidamente, el paciente estuvo en fase de recuperación y surtió un periodo de cicatrización para posterior rehabilitación de la zona afectada.

**Figura 5.** Maxilectomía: Tumor extirpado en su totalidad.



Fuente: Elaboración propia.

## Consideraciones éticas

Se le presentó al paciente el consentimiento informado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción. Mediante este documento el paciente autorizó la difusión y/o publicación del caso, resultados, fotografías entre otros con fines educativos y/o de investigación.

## Discusión

El MO es uno de los tumores odontogénicos más frecuente luego del odontoma y ameloblastoma, es localmente agresivo e infiltrante (8). Según diversos reportes este tipo de lesiones son más prevalentes a nivel mandibular (9–12) aun así una serie de estudios (13-15), reportan casos en los cuales la afectación se da en el maxilar, ubicación poco frecuente en comparación a la mandíbula, con afectación en algunos casos de la línea media y compromiso del seno maxilar. A pesar de que autores como Tavakoli y Williamson (16) informen que este tipo de lesiones tiene una afectación por igual ya sea en la mandíbula o en el maxilar, la evidencia señala que la ubicación más frecuente es la mandíbula.

La importancia del diagnóstico y de la interpretación radiográfica recae principalmente en etapas iniciales, en la que son lesiones pequeñas y asintomáticas que se descubren de manera casual en los exámenes radiográficos de rutina. Cuando alcanzan un gran tamaño producen expansión del hueso de forma silenciosa provocando asimetrías faciales (9, 17). En el caso analizado, el aumento de volumen fue el principal signo de alarma, debido a las expansiones óseas incluso el compromiso de algunos dientes (molares y premolares).

En la presentación radiográfica estos tumores revelan una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, los bordes pueden estar bien definidos o difusos (2, 5) ocasionando que muchas veces el estudio radiográfico no sea concluyente ya que el diagnóstico diferencial incluye diversas patologías como ameloblastoma, fibroma odontogénico, quiste dentígero, entre otros (18). Por esta razón es importante llevar a cabo la correlación clínica e imagenológica (19).

Para definir el tipo de tratamiento quirúrgico se deben considerar las características tanto clínicas (tiempo de evolución, extensión y ubicación) como imagenológicas (tamaño de la lesión, unilocular o multilocular), que procure el menor grado de recurrencia y disminuya la morbilidad en los pacientes. Asimismo, es importante considerar que el estudio histopatológico es un auxiliar determinante en el diagnóstico definitivo de estas patologías (20, 21).

El MO penetra los espacios trabeculares produciendo islotes de hueso residual, lo cual explica la dificultad en la extirpación conservadora de la lesión. Por esta razón, el tratamiento ideal es la resección quirúrgica, que se basa en la remoción con márgenes de seguridad de tejido óseo sano para evitar la recidiva (17, 22).

Los casos que comprometen segmentos de la mandíbula o maxilar en toda su extensión caudocefálica con adelgazamiento cortical extenso y grandes áreas de perforación cortical deben tratarse con resección segmentaria. Por tal motivo se aconseja un tratamiento radical siempre que sea posible para asegurar la menor morbilidad generada al paciente, ya que los procedimientos quirúrgicos más conservadores se asocian con una mayor probabilidad de recurrencia de MO (8, 13, 23).

Con base en lo expuesto, se puede concluir que un diagnóstico precoz de tumores como los mixomas teniendo en cuenta y estableciendo una correlación de las características clínicas e imagenológicas que el mismo presenta, podría garantizar terapéuticas menos agresivas e invasivas otorgando así mejor pronóstico como calidad de vida a los pacientes.

## Agradecimientos

A todo el equipo de profesionales del INCAN especialmente al Dr. Osvaldo Vera por su vocación de servicio y dedicación.

## Contribuciones de los autores

Rosa Sánchez, Giselle Soler y Mirtha Espínola participaron en el diagnóstico clínico. María del Carmen González realizó el diagnóstico histopatológico de la muestra. Osvaldo Vera realizó la fase operatoria quirúrgica como seguimiento del paciente. José Gamarra y Jorge Escobar lideraron la redacción del manuscrito. Todos los autores participaron en la aprobación y corrección final del trabajo.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

1. Díaz-Reverand S, Naval-Gías L, Muñoz-Guerra M, González-García R, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo FJ, *et al.* Mixoma odontogénico: presentación de una serie de 4 casos clínicos y revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2018; 40(3): 120–128. <https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2017.03.002>
2. Carvalho-de Melo AU, De Farias-Martorelli B, De Holanda-Cavalcanti PH, Gueiros LA, De Oliveira-Motorelli F. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008; 74(3): 472–475. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000300026>
3. Cadena AJL, Hernández VSD, Tapia PDC, Aldape BC. Mixoma odontogénico, revisión de la literatura. Presentación de un caso y seguimiento a dos años. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac.* 2015; 11(3): 91–99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2015/cb153d.pdf>
4. Valcárcel-Llerandi J, James-Pita A, Fernández-González M del C. Mixoma odontogénico. *Rev Cubana Estomatol.* 2009; 46(3): 62–69. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300007&lng=es)
5. Escamilla-Cidel LE, Ruiz-Rodríguez R, Mosqueda-Taylor A. Mixoma odontogénico: Presentación de caso clínico. *Rev Odont Mex.* 2011; 15(4): 244–250. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-199X2011000400007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000400007&lng=es)
6. Fernández-López RG, Arzate H. Mixoma odontogénico; expresión y localización espacial de la fibronectina, vitronectina y queratina. *Rev Odont Mex.* 2006; 10(1): 8–15. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2006.10.1.15929>
7. Kornecki-Radzinski F. Mixoma Mandibular: Revisión Bibliográfica. A propósito de 2 casos clínicos. *Odontoestomatología.* 2015; 17(26): 65–77. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392015000200008&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000200008&lng=es)
8. Chrcanovic B, Gomez R. Odontogenic myxoma: An updated analysis of 1,692 cases reported in the literature. *Oral Dis.* 2019; 25(3): 676–683. <https://doi.org/10.1111/odi.12875>
9. Jerez-Robalino J, Salgado-Chavarría F, Lucio-Leonel E, Olmedo-Cueva S. Mixoma odontogénico, presentación de caso y revisión de literatura. *Odontol Sanmarquina.* 2020; 23(3): 297–302. <http://dx.doi.org/10.15381/os.v23i3.17442>



10. Rebolledo–Cobos ML, Reyna–Batista M, Martínez–Bermúdez J, Mendiola–Quevedo N. Mixoma odontogénico mandibular en la parasífnis: reporte de un caso infrecuente. *Salud Uninorte*. 2022; 38(2): 648–55. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/14075/214421446126>
11. Tapia–Contreras P, Mordoh–Cucurella, Rosenberg–Dueñas B, Lolas–Marinovic V. Mixoma mandibular en paciente de 3 años, una entidad específica. Tratamiento quirúrgico conservador. Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2021; 43(2): 76–80. <https://dx.doi.org/10.20986/recom.2021.1111/2019>
12. Ruiz–Vázquez Y, Espino–Tejeda RR, Aldape–Barrios BC. Mixofibroma odontogénico, reporte de un caso con seguimiento a cinco años. *Rev ADM*. 2021; 78(4): 235–239. <https://doi.org/10.35366/101079>
13. Moreno–Villalobos DE, Rodríguez–Flores A, Vargas–Rojas DC. Tratamiento de mixoma odontogénico en maxilar superior. Reporte de un caso. *Odontol Sanmarquina*. 2021; 24(2): 183–189. <http://dx.doi.org/10.15381/os.v24i2.19904>
14. López LJC, Luna OK, López NJC, Reyna L, Jiménez R, Torres F, *et al*. Hemimaxilectomía con abordaje intraoral para resección de mixoma odontogénico: reporte de caso. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac*. 2020; 16(1): 27–35. <https://doi.org/10.35366/93385>
15. Villegas–Meza P, Téllez–Santamaría A, Álvarez–Barreto I, Vega–Cruz AM, Muñoz–Carrillo JL. Maxilectomía subtotal izquierda secundaria a mixoma odontogénico: reporte de un caso. *Rev Odont Mex*. 2020; 24(1): 50–58. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96341>
16. Tavakoli M, Williamson R. Odontogenic myxomas: what is the ideal treatment?. *BMJ Case Rep*. 2019; 12(5): e228540. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-228540>
17. Suárez–Conde Y, Viamontes–Beltrán J, Morales–Basulto RD. Mixoma odontogénico agresivo: a propósito de un caso. *Medisur*. 2022; 20(1): 160–165. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5066>
18. Kharbouch J, Aziz Z, Benzenzoum Z, Koussay Hattab M, Aboulouidad S, Fawzi S, *et al*. Maxillary and mandibular odontogenic myxomas: case report. *Pan Afr Med J*. 2022; 42(1): 103. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.42.103.34690>
19. El–Naggat A, Chan J, Grandis J, Takata T, Slootweg P. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th Edition. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017
20. Bravo EMG, Delgado MJC, Robalino PJP. Mixoma odontogénico. Una revisión de la literatura. *RECI AMUC*. 2020; 4(1): 59–70. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.59-70](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.59-70)

21. Cankata AB, Erdem MA, Bilgic B, Firat D. Myxofibroma of the maxilla, current concepts, and differential diagnosis. *J Dent Sci.* 2017; 12(4): 417–420. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2013.06.001>
22. Alok A, Hasan J, Singh S, Bhattacharya P. Odontogenic myxoma involving maxilla: A case report. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2019; 31(1): 70–73. Disponible en: <http://www.jiaomr.in/text.asp?2019/31/1/70/256892>
23. Hotta JH, Miotto LN, Spin-Neto R, Ferrisse TM. Odontogenic Myxoma: Systematic review and bis analysis. *Eur J Clin Invest.* 2020; 50(4): e13214. <https://doi.org/10.1111/eci.13214>

#### REPORTE DE CASO

Case report

#### Mixoma odontogénico en el maxilar

Rosa Sánchez, Gisell Soler, José Gamarra, María del Carmen González, Osvaldo Vera, Jorge Escobar